ITEM 112 : EXANTHEME ET ERYTHRODERMIE

EXANTHEME

- **Exanthème** = érythème d'apparition brutale, transitoire, intense ou non, diffus ou de topographie plus spécifique, isolé ou symptomatologie variée, bénin ou potentiellement grave
- Deux causes principales : infectieuses (++ virales chez l'enfant, évoquer IST chez l'adulte type syphilis ou VIH) et médicamenteuses
- Peut s'accompagner d'une atteinte muqueuse = **énanthème**

Diagnostic

Exanthème roséoliforme	= **Rubéoliforme** : petites macules rosées, pâles, bien séparées les unes des autres - Par rapport à l'exanthème morbilliforme : de couleur plus pâle, à la limite de la visibilité
Exanthème morbilliforme	= **Maculo-papules rouges**, pouvant confluer en **plaques séparées par des espaces de peau saine** avec une surface douce, veloutée à la palpation
Exanthème scarlatiniforme	= Plaques diffuses rouge vif, légèrement granités à la palpation, **sans intervalle de peau saine**, chauds ou cuisants, s'intensifiant dans les plis - Possible évolution vers une **desquamation secondaire** en larges lambeaux
DD	- **Purpura** : ne disparaît pas à la vitropression - **Angiome/télangiectasie** : topographie stable, intensité variable avec la chaleur ambiante - **Urticaire** : parfois de différenciation difficile, surtout en cas d'évolution fluctuante et transitoire - **Erythème vasomoteur** : - **Bouffée vasomotrice de la rosacée** : érythème congestif du visage (joues, nez, menton), favorisé par des facteurs émotionnels, alimentaires et thermique - **Erythème pudique du décolleté** : localisé au cou ou au visage, ne durant que quelques minutes, chez des patients facilement émotifs - Erythème de cause exogène : **piqûre d'insecte, brûlure thermique ou caustique, érythème phototoxique** - **Erythrodermie** : atteinte universelle des téguments (> 90%), caractère squameux, signes généraux associés
PC	- Chez l'enfant : aucun examen indispensable, sauf si suspicion de scarlatine (NFS, prélèvement de gorge) ou de syndrome de Kawasaki (NFS, plaquettes, échographie cardiaque) - Chez l'adulte (en dehors des causes évidentes) : **NFS**, **bilan hépatique**, **sérodiagnostic MNI**, **THPA/VDRL**, **charge virale VIH**, **antigénémie p24** - Chez la femme enceinte : **sérologie toxoplasmose**, **rubéole**, **CMV**, **parvovirus B19**, **syphilis** - En cas d'altération franche de l'état général ou de signe d'appel (syndrome méningé, syndrome dysentérique…) : recherche de septicémie par **hémoculture** ➝ **Biopsie cutanée** non justifiée : anomalies discrètes, non spécifiques, ne contribue pas au diagnostic étiologique

Etiologie

- En faveur d'une **atteinte virale** : contexte épidémique, notion de contage, **fièvre**, **syndrome grippal**, **énanthème**, **ADP**
- En faveur d'une **cause médicamenteuse** : **prurit**, **polymorphisme** de l'éruption, **hyperéosinophilie**, introduction d'un médicament **5 à 14 jours** avant l'éruption

➝ Aucune correspondance stricte n'existe entre l'aspect de l'érythème et la cause

Erythème morbilliforme	Maladie infectieuse	- Essentiellement **virale** : **mégalérythème épidémique** (parvovirus B19), **entérovirus** (échovirus dont 9 et 16), **adénovirus**, **arbovirus (dengue)**, **coxsackie, rougeole, EBV, CMV, hépatite virale (B+++), primo-infection VIH** - Parfois bactérienne ou parasitaire : **rickettsiose, mycoplasme, leptospirose, méningocoque, toxoplasmose…**
		- **Syndrome de Kawasaki** (à la phase de début) - **Toxidermie** (β-lactamines, sulfamides, anticomitiaux…)
Erythème roséoliforme		- Maladie infectieuse essentiellement : **exanthème subit, rubéole, fièvre typhoïde, syphilis secondaire (**1ere floraison), **primo-infection VIH, virus West-Nile, maladie de Still**
Erythème scarlatiniforme		- Maladie infectieuse : **scarlatine et scarlatine staphylococcique/syndrome du choc toxique, septicémie à staphylocoque**, parfois **virose atypique** (mononucléose infectieuse…) - **Toxidermie** - **Syndrome de Kawasaki**

➝ Urgence thérapeutique : **syndrome de Kawasaki, primo-infection VIH, syndrome de choc toxique staphylococcique**

Cause médicamenteuse	= **Toxidermie** : peut réaliser tous les types d'éruption, possiblement fébrile - Médicament le plus souvent en cause : **antibiotique** (**β-lactamine** surtout), **sulfamide, antiépileptique, antirétroviral, AINS…**

Cause infectieuse	*Erythème morbilliforme*	**Mégalérythème épidémique**	= Infection au **parvovirus B19** : survenue entre 5 et 10 ans, rare chez l'adulte - Incubation = **14 jours** **- Contagiosité :** limitée à la phase pré-éruptive - **Exanthème en dentelle** ou **en carte de géographie**, pouvant toucher les convexités du visage avec œdème des joues, puis érythème du tronc à bords émiettés en guirlande - Parfois très discrète, révélé par une exposition solaire. Dure quelques heures/jours - Signes associés : - **Arthralgie**, surtout chez l'adulte, avec éruption en « gants et chaussettes » - Fièvre modérée Complications : - Surtout chez l'immunodéprimé - **Anémie aiguë** chez l'enfant atteint d'anémie hémolytique chronique - Femme enceinte : pas de risque tératogène, infection surtout au 2ème trimestre avec risque d'anasarque fœtal, myocardite, anémie fœtale
		Mononucléose infectieuse	= Infection par le **virus d'Epstein-Barr (EBV)** **- Terrain :** adolescents **- Incubation :** 4 à 6 semaines **- Contagiosité :** maximale à la phase aiguë (peut aller jusqu'à 6 mois) - **Eruption** très inconstante (5 à 10%), survenant après 1 semaine d'un tableau général avec fièvre, angine, asthénie importante, ADP, splénomégalie - **Eruption maculopapuleuse confluente** quasi-constante après la prise d'aminopénicilline (d'origine non allergique) - Lymphocytose élevée, hyperbasophile - Complication viscérale (rare) : **hépatite, méningo-encéphalite, rupture splénique, agranulocytose**
		Rougeole	= Infection au *Morbillivirus* (***Paramyxovirus)*** : rare depuis la généralisation du vaccin ROR - Plutôt chez l'enfant de 3 à 7 ans, avec notion de contage 10 à 12 jours avant - **Contagiosité** : 3-5 jours avant et 4 jours après l'éruption - Phase de **catarrhe oculo-nasal** pré-éruptive : fièvre à 39-40°, toux, **signe de Köplick** (énanthème localisé avec petits points blancs entourés d'un halo inflammatoire rouge en regard des 1ère molaires), conjonctivite - **Phase éruptive** en quelques jours, avec une seule poussée d'évolution descendante, débutant derrière les oreilles puis s'étendant au visage et au tronc - **Guérison spontanée** en quelques jours - Complication viscérale (rare) : **encéphalite, pneumopathie, myocardite, kératite et cécité, hépatite, pancréatite** - **MDO, éviction de la collectivité dans les 5 jours**, informer le personnel et les parents
		Fièvre boutonneuse méditer-ranéenne	= Due à ***Rickettsia conorii*** (inoculé par tique) : non exceptionnel en région méditerranéenne - En été, après une incubation de **1 semaine** - Débute par une **fièvre** à 40°C avec **céphalées** et **myalgies** pendant 4 à 8 jours - Puis **éruption** de petites papules érythémateuses, parfois purpuriques, évoluant en plusieurs poussées, avec extension palmoplantaire - Possible **chancre escarotique** au siège de la piqûre de tique - Complication viscérale : **rénale, cardiaque, pulmonaire, CIVD**
			PC : - Mise en évidence des rickettsies par **hémoculture** ou **prélèvement cutanée** - **Sérologie** par IF directe : positive après 7 à 15 jours
			TTT : **- Antibiothérapie : cycline, quinolone** ou **macrolide**
		Entérovirus (coxsackie, échovirus 9)	= Souvent accompagné d'une **éruption fugace**, surtout chez l'enfant < 3 ans, touchant principalement le tronc, puis les paumes et les plantes, avec un **énanthème** - Infection estivale après quelques jours d'incubation - Début par **fièvre, céphalées, anorexie, gastro-entérite** - **Infection à coxsackie** = **syndrome main-pied-bouche** : vésicules ovalaires des mains et des pieds avec énanthème vésiculeux du voile du palais
		Adénovirus	- **Atteinte adéno-pharyngo-conjonctivale**, avec parfois pneumopathie, atteinte digestive, exanthème morbilliforme, parfois purpurique, de l'hémicorps supérieur, durant 2-3 jours
		Hépatite B	- **Poussées urticariennes** en phase pré-ictérique, avec céphalées, arthralgies, nausées, vomissements, asthénie - Possible **éruption morbilliforme** ou **scarlatiniforme**
		Autre pathologie infectieuse	- Infection tropicale : **fièvre jaune, dengue** - ***Mycoplasma pneumoniae*** - **Méningocoque** - **Toxoplasmose…**

Cause infectieuse	*Erythème roséoliforme*	**Exanthème subit (roséole infantile)**	= Dû à **HHV6** ou **HHV7** : chez le nourrisson de 6 à 18 mois - Souvent asymptomatique - Après 10 jours d'incubation puis **fièvre** isolée pendant 48-72h, parfois associé à une **blépharite** - **Eruption discrète**, transitoire, touchant principalement le tronc, 3 jours après la fièvre, évoluant en une seule poussée - Complications (rares) : **ADP, méningite, syndrome mononucléosique, hépatite, pneumopathie, convulsions fébriles**
		Rubéole	= Dû à un **togavirus** : rare depuis la vaccination, inaperçue dans 50% des cas - Terrain : 15 à 25 ans - Incubation de 3 semaines - Contagiosité : 7 jours avant et 14 jours après le début de l'éruption - Exanthème fruste, pâle, fugace (2-4 jours), avec peu de signes généraux (ADP cervicales postérieures, arthralgies, arthrite, conjonctivite) - Risque de **rubéole congénitale** chez la femme enceinte non immunisée : MFIU, malformations neurologiques sensorielles - Pas d'éviction de la scolarité mais information auprès du personnel, parents, femme enceinte
		Primo-infection VIH	= Symptomatique dans > 50% des cas, après 2 à 3 semaines d'incubation - **Syndrome fébrile pseudo-grippal, syndrome mononucléosique, pharyngite, ADP, asthénie fébrile, érosions buccales et génitales** - **Eruption érythémato-maculeuse du tronc**, avec parfois atteinte du visage, paumes et plantes - Diagnostic : **antigénémie p24, charge virale** (sérologie VIH négative à la phase précoce)
		Syphilis secondaire	= 45 jours après le chancre (syphilis primaire) - **Roséole** (1ère floraison) formée de macules de 5-10 mm arrondies, roses, planes, touchant principalement le tronc, durant quelques semaines, laissant parfois des **séquelles dyschromiques** (« collier de Venus ») - Diagnostic : **sérologie TPHA/VDRL**
		Autre maladie infectieuse	- **Fièvre typhoïde** : éruption fugace lenticulaire du tronc dans la 2ème semaine d'un tableau fébrile bruyant, en zone tropicale ou au retour d'une zone tropicale - **Infection virale à entérovirus** (échovirus, coxsackie, arbovirus…)
	Erythème scarlatiniforme	**Scarlatine**	= Sécrétion d'une exotoxine érythrogène par un **streptocoque β-hémolytique (groupe A)** : rare - Terrain : enfant d'âge scolaire (5-10 ans) - Incubation : 2 à 4 jours - Contagiosité : 2 à 3 semaines (48h après mise en route du traitement), par voie aérienne - **Phase pré-éruptive** : début brutale, fièvre élevée, douleurs pharyngées, céphalées, angine rouge et ADP sous maxillaires - **Exanthème** 24h après les signes généraux, débutant sur le tronc et la racine des membres, légèrement granité, se généralisant avec un aspect soufflété du visage et une atteinte plus importante des grands plis - **Enanthème** avec gorge rouge et langue blanche, desquamante (de la pointe et des bords vers la base, en « V »), prenant un aspect framboisé en 4-6 jours - **Desquamation secondaire** fine ou en larges lambeaux entre le 10ème et le 20ème jour, avec aspect en « doigts de gants » sur les mains et les pieds - Complication (rare) : **RAA, glomérulonéphrite post-streptococcique** - Diagnostic : **prélèvement pharyngé, leucocytose à PNN,** ↗ des **antistreptolysine** (retardée) - TTT : **antibiothérapie** par Amoxicilline pendant 10 jours - Eviction de la scolarité pendant 48h après le début du traitement
		Scarlatine staphylo-coccique	= Epidermolyse staphylococcique : Forme bénigne de choc toxique staphylococcique : secondaire à la sécrétion d'entérotoxines ou **TSST1** sécrétée à partir d'un foyer bactérien - Terrain : nouveaux nés, nourrisson, jeune enfant ou adulte immunodéprimé - Incubation : 48h - Exanthème débutant aux grands plis, régions péri-orificielles puis décollement bulleux - Absence d'angine - Formes sévères : choc toxique staphylococcique - Traitement antibiotique (oxacilline), éviction les 48 premières heures du traitement
		Syndrome du choc toxique	= Libération d'une **toxine staphylococcique TSST1** secrétée par ***S. aureus*** : surtout chez l'adolescent et l'adulte - **Signes généraux majeurs** : **fièvre élevée, choc hypovolémique**, **éruption scarlatiniforme** du visage et du tronc, avec parfois **énanthème, chéilite, conjonctivite, vulvite** - Complication : **CIVD, atteinte cardiaque, pulmonaire, hépatique, musculaire, rénale** ou **du SNC**

		Syndrome adéno-cutanéo-muqueux de Kawasaki	= Syndrome inflammatoire, probablement en réaction à un agent infectieux ou toxique (superantigène) avec vasculite des artères de moyen calibre - Presque exclusivement chez l'enfant < 5 ans, surtout le nourrisson - Diagnostic si ≥ 5 des 6 critères : . **Fièvre élevée** > 38,5°, durant > 5 jours, ne répondant pas aux antipyrétiques, avec AEG . **Conjonctivite congestive** bilatérale avec œdème des paupières . **Enanthème** des lèvres et de la muqueuse buccale avec langue framboisée, chéilite . **Erythème palmoplantaire** avec **œdème induré** des mains et des pieds, surtout chez le petit nourrisson, évoluant ultérieurement vers une **desquamation scarlatiniforme** à la 3ème semaine . **Exanthème polymorphe :** touchant principalement le tronc, survenant vers la fin de la 1ère semaine, variable, morbilliforme puis scarlatiniforme avec quelques poussées évolutives (parfois atteinte prédominante du siège) . **ADP cervicales aiguës**, non suppuratives, > 1-2 cm, souvent asymétrique - Bio : **syndrome inflammatoire, leucocytose à PNN, thrombocytose** - Complication : **cardiaque** (anévrisme coronarien entre la 2ème et la 4ème semaine, troubles du rythme, myocardite et infarctus, décès), **embolie cérébrale** - TTT : **hospitalisation, Ig intraveineuse, aspirine** à dose anti-inflammatoire puis antiagrégant

ERYTHRODERMIE

Erythrodermie = **érythème confluant associé à une desquamation**, **touchant l'ensemble des téguments (> 90% de la surface corporelle**) avec une **évolution prolongée sur plusieurs semaines (au moins 6 semaines)** : rare, diagnostic clinique
➝ **Urgence dermatologique**

Diagnostic positif

SF/SC

= Evolution prolongée sur plusieurs semaines/mois :
- **Erythème** : généralisé, inflammatoire, puis violacé aux points déclives, d'intensité variable d'un jour à l'autre, d'apparition plus ou moins rapide
- **Desquamation** constante : aspect varié, fine ou en larges lambeaux
- **Prurit** constant
- **Dysrégulation cutanée thermique** importante : épisodes de **fièvre** et **d'hypothermie**
- **Pachydermie** (mieux visible au niveau des plis) : **infiltration cellulaire** spécifique
- **Kératodermie palmoplantaire**
- **Œdème**, souvent marqué au visage (avec possible **ectropion**)
- **Atteinte des muqueuses (énanthème)** possible : **chéilite**, **conjonctivite**, **stomatite**
- **Atteinte des phanères** après quelques semaines d'évolution : chute des cheveux, sourcils et cils, ongles dystrophiques, de croissance ralentie avec apparition d'une ligne de Beau, voire chute de l'ongle
- **Altération de l'état général**, avec **fièvre, frissons**
- **Polyadénopathie généralisée** (non spécifique d'une étiologie) : ADP de plusieurs cm, souples, mobiles
- **Troubles hémodynamiques** possibles par **déperdition hydroélectrolytique** et/ou **protéique**

DD

- **Eruption érythémato-squameuse avec éléments multiples et diffus séparés avec intervalles de peau saine**
- **Exanthème** : début plus aigu, sans trouble de régulation cutanée thermique

Etiologie

- Orientation étiologique : ancienneté de l'éruption, antécédents dermatologiques et généraux, notion de prise médicamenteuse, traitements topiques utilisés, contexte infectieux
➝ Diagnostic étiologique souvent difficile : éruption non spécifique, ± biopsie cutanée, répétée en cas de suspicion de lymphome

Dermatose inflammatoire

= Causes les plus fréquentes d'érythrodermie : généralement sur une dermatose préalable, exceptionnellement mode d'entrée dans la maladie
- **Psoriasis +++**
- **Eczéma/dermatite atopique +++**
- **Lichen plan**
- **Toxidermies (DRESS +++)**

Hémopathie

Lymphome T cutané épidermotrope (LCTE), en particulier **syndrome de Sézary** :
- **Erythrodermie** : chronique, prurigineuse et infiltrée
- **ADP** de grandes tailles, fermes ou profondes : évocatrices
- Souvent associé : **ectropion, pachydermie, pigmentation, kératodermie palmoplantaire**
- Diagnostic : **histologie cutanée**, recherche de **cellules de Sézary** clonales dans le sang
➝ Devant une érythrodermie non étiquetée, persistante malgré TTT symptomatique adapté : répéter les **biopsies cutanées** ou faire une **biopsie ganglionnaire** en cas de forte suspicion de lymphome

Autre (plus rare) :
- **Maladie de Hodgkin**
- **Lymphome malin non hodgkinien**
- **Leucémie**
- **Myélodysplasie**…

Origine infectieuse

- **Bactérienne** ou **virale** (en particulier au cours d'une **infection VIH**)
- **Parasitaire** = **gale croûteuse** : érythrodermie farineuse, croûteuse et hyperkératosique, très grande contagiosité, surtout chez le sujet âgé vivant en collectivité ou l'immunodéprimé

Idiopathique

= **10 à 15%** des cas : surveillance régulière à la recherche d'une étiologie

Nouveau-né et nourrisson < 3 mois

- **Ichtyose = érythrodermie icthyosiforme**
- **Erythrodermie desquamative de Leiner-Moussous** (rare) : dermatose succédant à une **dermatite séborrhéique bipolaire**
- **Certains déficits immunitaires congénitaux** : syndrome de Wiskott-Aldrich…

Nourrisson > 3 mois et jeune enfant

= Causes identiques à l'adulte, avec :
- Une fréquence importante d'érythrodermie sur **dermatite atopique**
- Eventuellement **histiocytose langheransienne** (**maladie de Letterer-Siew**)

<table>
<tr><td>Complication</td><td colspan="2">➝ Mortalité élevée = 20%, liée aux différentes complications
- Troubles hydroélectrolytiques (par vasodilatation cutanée, desquamation, suintement, œdème et fièvre), pouvant décompenser une défaillance cardiaque, respiratoire ou rénale
- Complication du décubitus : dénutrition, escarre, cachexie
- Complication infectieuse (cause majeure de mortalité) : infection cutanée bactérienne (staphylocoque ++) ou virale (HSV, VZV++), infection générale (pneumopathie, septicémie = de diagnostic compliqué par les signes généraux de l’érythrodermie et la contamination des hémocultures par des germes de lésion cutanée)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT</td><td colspan="2">➝ Hospitalisation en urgence en service de dermatologie ou de réanimation médicale selon l’état</td></tr>
<tr><td>Bilan étiologique</td><td>- Antécédents, prise médicamenteuse, contexte infectieux
- Arrêt de tout médicament suspect
- Biopsie cutanée (quasi-systématique) : généralement non spécifique, peut mettre en évidence des signes étiologiques, notamment dans les lymphomes
➝ Répétée en cas de suspicion de lymphome cutané
- Prélèvements bactériologiques ou parasitologiques multiples parfois nécessaires</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Réchauffement du malade : limite les pertes caloriques, l’hypercatabolisme et la dénutrition
- Symptomatique : rééquilibrage hydro-électrolytique, traitement des défaillances viscérales…
- Dans les formes graves : corticothérapie locale de niveau 1 (très forte)
- Traitement adapté à la cause retrouvée</td></tr>
</table>